Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 listopada 1882. № 46. Rok XXI.

I. Nowy sposób wypiłowania kości śródstopia celem wyleczenia stopy szpotawéj zastarzałéj.

Podał Dr. Rydygier.

Wypiłowanie kości śródstopia w zastarzałych przypadkach stopy szpotawéj uzyskało obywatelstwo w chirurgii, dzięki przeciwgnilnemu opatrywaniu ran. Nie zgodzono się atoli dotychczas co do sposobu najodpowiedniejszego. Według zestawienia Rupprechta (*Zur Tarsotomie veralteter Klumpfüsse. Centr. f. Chir.* Nr. 31, 1882) znane są dotąd następujące sposoby:

1) Klinowate wycięcie z grzbietu stopy. (O. Weber, 1866. Davis Colley, 1877).

2) Wyłuszczenie kości sześciennéj. (Litte, 1854. Jolly 1857).

3) Wyłuszczenie kości skokowéj. (Lund, 1872).

4) Wyłuszczenie kości skokowéj razem z kością sześcienną i czółenkowatą. (West, 1878).

5) Klinowate wypiłowanie z szyjki kości skokowéj. (Hueter, 1877). W ostatnim czasie Hueter zmienił swój sposób o tyle, że w *Grundriss für Chirurgie* str. 1113 zaleca skośne wycięcie całéj szyjki kości skokowéj, połączone w razie potrzeby z wyłuszczeniem kości czółenkowatéj, a w najgorszych przypadkach nawet i kości sześciennéj.

6) Przepiłowanie kreskowate (*Osteotomia linearis*) kości czółenkowatéj od podeszwy. (E. Hahn, 1881).

7) Przepiłowanie kreskowate kości podudzia tuż nad stawem skokowym. (E. Hahn, 1881).

Bez wątpienia, najwięcéj się zaleca ten sposób, który dając najlepszy wynik co do ustawienia prawidłowego stopy po operacyi najmniéj jest obrażającym i w którym najmniéj kości wycinamy. Słusznie bowiem mówi Hueter (l. c.), że ostatecznie w każdym przypadku i każdym sposobem naprawimy ustawienie szpotawe stopy, jeżeli znaczną część kości śródstopia wyłuszczymy, ale przy racyjonalnym sposobie operowania chodzi przecież o to, żeby usunąć nieprawidłowe ustawienie za pomocą o ile można najmniejszego obrażenia. Warunek ten najlepiéj i najłatwiéj wypełnimy, wycinając tylko te nieprawidłowo wybujałe części kości, które wywołują ustawienie szpotawe, a więc sposobem uwzględniającym przyczyny powstania stopy szpotawéj.

Nie zamyślam na tém tu miejscu zapuszczać się w kwestyję sporną co do przyczyn powstania stopy szpotawéj, którą z takim sprytem i tak głęboką nauką starali się rozwiązać nieodżałowany mój nauczyciel Hueter oraz Henke; wystarczy, jeżeli uwzględnimy tylko to, co nie ulega żadnéj wątpliwości, a mianowicie:

1) że zewnętrzna strona szyjki kości skokowéj jest w stopie szpotawéj dłuższą, niż w zdrowéj. (Czy w skutek przesunięcia jąder kostnych i przyspieszonego rozrostu, jak przypuszcza Hueter, lub w skutek przemiejscowienia powierzchni stawowych, jak Henke twierdzi, w to nie wchodzę);

2) że przedni wyrostek kości piętowéj jest wyższym, niż w stanie prawidłowym; co za wcześnie wstrzymuje zwracanie stopy;

3) że również niektóre inne kości śródstopia są mniéj lub więcéj zmienione co do swéj postaci. Z pomiędzy tych zmian najwięcéj zajmuje nas zmiana kształtu kości skokowéj, na którą niedawno temu zwrócił uwagę Rupprecht (l.c.); wywołuje ona bowiem odwrócenie pięty saméj: kość skokowa przedstawia w stopie szpotawéj trapezoid w kierunku płaszczyzny czołowéj, a w najgorszych przypadkach nawet trójkąt, a nie czworobok, jak u zdrowych. Zmiana ta tłumaczy nam niemiły fakt, że po wycięciu klinowatém przedniém pozostaje skłonność do recydywy: operacyja nie wywiera bowiem żadnego wpływu na nieprawidłowe ustawienie saméj pięty pozostawiając ją odwróconą.

Gdy mi się nie dawno temu przedstawił chory z zastarzałą stopą szpotawą wymyśliłem sobie nowy sposób operowania, który usuwając tylko powyżéj wymienione przy-

czyny cierpienia w mowie będącego obok nieznacznego obrażenia jak najlepszy dał wynik co do postawy operowanéj stopy. Sposób ten ośmielam się więc niniejszém zalecić podając jego opis:

Cięcie skórne rozpoczynam 2cm. przed kostką zewnętrzną, żeby nie otworzyć stawu skokowego, prowadzę je daléj cokolwiek łukowato (z wygięciem ku dołowi) na zewnętrznéj stronie grzbietu stopy aż do środka kości sześciennéj. Cięcie to zupełnie wystarcza do dogodnego wykonania następnego wycięcia klinów kostnych, do czego najlepiéj można użyć dłutka. Pierwszy klin wycina się ze stawu Choparta: najprzód przecinamy szyjkę kości skokowéj skośnie od zewnątrz na wewnątrz, a następnie w tym samym kierunku daléj ku dołowi przedni wyrostek kości piętowéj, podstawa pierwszego klina jest więc skierowana na zewnątrz i ku górze prostopadle, a koniec ostry na wewnątrz. Wypiłowanie tego klina usuwa przywodzenie, a w części i odwracanie przedniéj części stopy. Wypiłowanie drugiego klina winno osiągnąć cel podwójny: raz usunąć tę część kości z nieprawidłowo wysokiego wyrostka przedniego kości piętowéj, która tamuje zbyt prędkie zwracanie stopy; a powtóre ma naprawić odwracanie pięty samej wywołane przez nieprawidłową postać kości sześciennéj. Klin ten drugi poziomo ułożony wyciąłem z drugiéj płaszczyzny wyrostka przedniego kości piętowéj z podstawą na zewnątrz. Można go też wyciąć z dolnéj płaszczyzny kości skokowéj, lub też w połowie z jednéj i drugiéj kości. Oba więc wypiłowane kliny stykają się pod kątem prostym a podstawa ich zwrócona jest na zewnątrz. Jeżeli wielkość ich jest odpowiednią, natenczas z łatwością uda nam się stopę ustawić prawidłowo. Krótki sączek wprowadzamy w miejsce, gdzie się kliny stykają, resztę cięcia skórnego zeszywamy. Na to kładziemy opatrunek listerowski, a nareszcie ustalamy odnogę w opatrunku gipsowym lub też w odpowiedniéj szynie. W przypadkach, w których, jak w moim, zachodzi obok szpotawości pewien stopień kopytonoga, należy poprzednio przeciąć ścięgno Achilesowe, ażeby łatwiéj oznaczyć wielkość wyciąć się mających klinów.

Porównywając swój sposób z dotychczas używanemi nie potrzebuję długo nad nim się rozwodzić; główną zaletą mojego sposobu, jak zaraz na wstępie wymieniłem, jest: obok małego obrażenia dobry wynik co do postawy stopy.

Zaleta ta daje pierwszeństwo mojemu sposobowi przed sposobem wyłuszczenia kości skokowéj podanym przez Lunda, a w nowszym czasie tyle zalecanym przez Rieda młodszego (*Ueber die Behandlung hochgradiger Klumpfüsse durch Resection am Fussgerüste. Dt. Zeitschrift für Chir.* XIII tom., 1 i 2 zesz.) i przez Rupprechta (l. c.): Staw skokowy należy do większych stawów, a chociaż obecnie dzięki sposobowi przeciwgnilnemu nie uważamy za rzecz wielce niebezpieczną otwarcie stawu, choćby większego, mimo to każdy z nas z pewnością da pierwszeństwo sposobowi, za pomocą którego może ten sam cel osiągnąć bez otwarcia stawu. Daléj nie mogę tu pominąć milczeniem głównego zarzutu, jaki trzeba uczynić sposobowi wyłuszczenia kości skokowéj: skracamy tém odnośną odnogę dolną o 3—4cm., o wysokość kości sześciennéj. Jeżeli zważymy, że w obec stopy szpotawéj już i tak zwykle jest upośledzony rozrost odnogi wzdłuż o kilka cm. (w naszym przypadku wynosiło skrócenie u 11-letniego chłopczyka 6cm.), natenczas zrozumiemy, że dodając do tego skrócenia jeszcze kilka centymetrów przez operacyję łatwo możemy naruszyć czynność odnogi. Z tego wynika, że należy usilnie unikać wszelkiego dalszego skracania odnogi przez operacyję.

W porównaniu do sposobu Huetera, jakotéż i do sposobu wypiłowania przedniego klina z kości śródstopia, zaleca się mój sposób tém, że można go użyć i w najwyższym stopniu stopy szpotawéj, gdzie sposób Huetera nie wystarcza, a daléj, że usuwa odwracanie pięty, przez co zaraz po operacyi ułożenie stopy jest lepsze, a zarazem na późniéj zapobiega się recydywom.

Dziwném się wydaje i zapewne tylko na *lapsus calami* polega twierdzenie Rupprechta (l. c. str. 508), mające posłużyć jako stwierdzenie zalet sposobu Lunda, że kość skokowa wcale nie należy do sklepienia stopy; wiadomo bowiem, że kość skokowa jest właśnie częścią zamykającą sklepienie, a więc jest najważniejszą jego częścią.

Na zakończenie podaję w kilku słowach opis mojego przypadku:

Damrowski Oton, lat 11 liczący, nigdy dotychczas nie chorował. Ustawienie nieprawidłowe stopy prawéj spostrzegli dopiero rodzice, gdy dziecko zaczynało chodzić. Z reszty rodzeństwa nikt nie posiada wady jakiéjkolwiek wrodzonéj.

Badanie chłopca, na swój wiek dobrze rozwiniętego, wykazuje, że ma stopę prawą szpotawą i nieco w położeniu kopytonoga; mięśnie odnogi choréj zanikłe (obwód chorego podudzia w najgrubszém miejscu wynosi 16cm., zdrowego 25cm.), a całe podudzie chore jest o 6cm. krótsze od zdrowego; ścięgno Achilesowe naprężone; na podstawie piątéj kości śródstopia torebka maziowa, na niéj skóra zgrubiała, w skutek ucisku śród chodzenia; chory ma chód niepewny, następuje on na zewnętrzną stronę grzbietu; zresztą ustawienie stopy odpowiadające cierpieniu powyżéj wymienionemu; mięśnie podudzia oddziaływają na prąd stały i przerywany.

Celem wyleczenia chorego zaleciliśmy rodzicom operacyję, na którą chętnie się zgodzili.

Operacyję wykonaliśmy podług planu powyżéj opisanego. Użyliśmy opaski Esmarcha; założyliśmy opatrunek listerowski; ustaliliśmy stopę początkowo za pomocą szyny, późniéj w opatrunku gipsowym. Pod 3ma opatrunkami chory się wyleczył. W czwartym tygodniu po operacyi zaczął chodzić w opatrunku gipsowym.

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

W celu zbadania, jak się zachowują rozpuszczalne węglany obojętne i kwaśne w żołądku, przedsięwzięto następujących 5 doświadczeń:

15) Doświadczenie *o.* (Rozczyn $Na_2CO_3 + Na_2SO_4$).

A) O 7g 34 m. rano na czczo podano do wypicia 500 kcm. rozczynu oddziaływania mocno alkalicznego przy 16°C. następującego składu odsetkowego:

Węglanu sodowego 1·100 gr.
siarkanu sodowego 1·028 „

Rozpuszczono bowiem 11·001 Na_2CO_3 utworzonego przez wyżarzenie chemicznie czystego węglanu sodowego kwaśnego jakotéż 10·289 gr. wyżarzonego Na_2SO_4 otrzymanego przez działanie chem. czystego kw. siarkowego na takiż wodnik so-

dowy. Rozczyn zakwaszony kw. azotowym z azotanem srebrowym osadu nie dawał.

B) O 8 g. 6 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wyciągnąć 460 kcm. płynu śluzowego gęstawego barwy nieco żółtawo-zielonkowatéj, oddziaływania mocno alkalicznego, zawierającego na 100 kcm. płynu:

Na_2CO_3 = 0·678 gr.
Na_2SO_4 = 0·651 „
Chloru: 50 kcm rozczynu dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego, czyli 0·1769 gr. Cl.

Gdyż 10 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj zużyły w dwóch oznaczeniach po 5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

Dwa oznaczenia po 10 kcm. przesączu cieczy żołądkowéj zużyły po 1·28 kcm. kw. solnego normalnego; a 10 kcm. z tego samego przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ wydały 0·104 $BaSO_4$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj soli cieczy *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2CO_3 : Na_2SO_4
W cieczy zadanéj	1·100 : 1·028 = 1·071
„ „ żołądkowéj	0·678 : 0·641 = 1·041

z czego okazuje się, że zawartość odsetkowa węglanu sodowego względem siarkanu sodowego nieco zmniejszyła się i to

$$\alpha = \frac{1·071}{1·041} = 1·030 \text{ razy,}$$

czyli zmieniony stosunek zgęszczenia obydwu soli w cieczy żołądkowéj przedstawia się po 32 minutach:

$$Na_2CO_3 \underset{1.030}{<} : Na_2SO_4$$

O ubytku a właściwie wessaniu tych dwóch soli w żołądku nie można ztąd ściśle wnosić, a to z powodu, że znikanie węglanu sodowego w żołądku ma nie tylko przyczynę w przechodzeniu jego przez odźwiernik i wessanie przez błonę śluzową, lecz także i w ciągiém zobojętnieniu przez wydzielający się sok żołądkowy, co się we wynikach uwidocznia przez to, że ilość odsetkowa otrzymanego chloru w cieczy żołądkowéj okazuje się znaczniejszą niż po zastósowaniu rozczynów obojętnych w poprzedzających doświadczeniach, co być może następstwem podniecenia błony śluzowéj do wydzielania HCl przez alkalia. Jednak mała tylko różnica w zmianie zgęszczenia soli w rozczynie żołądkowym w obec przejścia znaczniejszéj ilości Na_2CO_3 w NaCl każe wnosić, że wessanie węglanu sodowego obojętnego jest mniejsze, niż siarkanu sodowego zatém:

$$Na_2SO_4 > Na_2CO_3$$

16) D o ś w i a d c z e n i e *p*. (Rozczyn $HNaCO_3$+Na_2SO_4).

A) Do rozczynu o téj saméj zawartości odsetkowéj co i w poprzedzającém doświadczeniu wprowadzano dopóty kw. węglowy (przepuszczony naprzód przez kw. siarkowy zgęszczony a potém kawałki marmuru), aż rozczyn przestał dawać ze siarkanem magnowym zmącenie, a papierków kurkomowych prawie nie zmieniał. 500 kcm. tego rozczynu podano do wypicia przy 17°C. o 7 g. 37 m. rano naczczo.

Zawartość odsetkowa rozczynu zadanego:
Węglanu sodowego 1·100 gr. (zadany jako kwaśny).
Siarkanu sodowego 1·028 „

B) Do 8 g. 7 m. badany spokojnie siedział, kiedy zdołano wyciągnąć 335 kcm. cieczy śluzowéj barwy zielonkowatéj oddziaływania alkalicznego a następującéj zawartości odsetkowéj:

Na_2CO_3 = 0·689 gr. (w cieczy po części jako kwaśny)
Na_2SO_4 = 0·645 „
Chloru: 41·75 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli: 0·1478 gr. Cl.

Rozbiór chemiczny cieczy żołądkowéj wykazał:

Dwie próby po 10 kcm. przesączu po zobojętnieniu kw. azotowym zużyły 4·15 i 4·20 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

Inne dwie próby po 10 kcm. zużyły po 1·3 kcm. kw. solnego normalnego, dając zabarwienie i po zagotowaniu nie znikające.

10 kcm. przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ wydały 0·106 $BaSO_4$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj w cieczach *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2CO_3 : Na_2SO_4
W cieczy zadanéj	1·100 : 1·028 = 1·071
„ „ żołądkowéj	0·689 : 0·645 = 1·066

z czego się okazuje nieznaczna zmiana w zgęszczeniu węglanu sodowego kwaśnego względem siarkanu sodowego:

$$\alpha = \frac{1·071}{1·066} = 1·005$$

czyli stosunek zgęszczenia w cieczy żołądkowéj w porównaniu z cieczą zadaną można napisać:

$$Na_2CO_3 \underset{1.005}{<} Na_2SO_4,$$

Nie można jednak ztąd wnosić o ubytku lub wessaniu węglanu sodowego kwaśnego względem siarkanu sodowego z téj saméj przyczyny, jaką przy końcu poprzedzającego doświadczenia podano. Z porównania jednak ilości chloru (0·1478%) w tém doświadczeniu z ilością chloru (0·1769%) poprzedzającego doświadczenia okazuje się, że wydzielanie tegoż przez działanie węglanu obojętnego jest większe, niż węglanu kwaśnego, czyli że węglan sodowy kwaśny błonę śluzową żołądka do wydzielania mniéj zadrażnia niż obojętny.

17) D o ś w i a d c z e n i e *r*. (Rozczyn Na_2CO_3+Na_2SO_4+NaCl).

W celu sprawdzenia zachowania się węglanu sodowego w żołądku powtórzono doświadczenie 15, z tą modyfikacyją, że do rozczynu dodano soli kuchennéj, aby się przekonać, czy też ona wpływa na skład treści żołądkowéj.

A) O 8 g. 37 m. rano naczczo podano do wypicia przy ciepłocie 17°C. 500 kcm. rozczynu tych samych soli i tego samego zgęszczenia, co i w doświadczeniu poprzedzającém, dodając nadto na 1 litr rozczynu 9·511 gr. chemicznie czystéj soli kuchennéj. Rozczyn więc miał następujący skład odsetkowy:

węglanu sodowego 1·100 gr.
siarkanu sodowego 1·028 gr.
chlorku sodowego 0·951 gr.

B) O 8 g. 7 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wydobyć jeszcze 490 kcm. płynu zielonkowato-żółtego; w przesączu oznaczono pojedyńcze składniki, które obliczono na 100 kcm. wynoszą:

Na_2CO_3 = 0·763 gr.
Na_2SO_4 = 0·704 „
NaCl = 0·808 „

Chloru: { 138·5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli 0·490 grm. chloru.

W dwóch próbach po 10 kcm. przesączu użyto po 14·4 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego: a 5 kcm. kw. azotowym zobojętnionego przesączu spotrzebowały po 6·95, 6·90 kcm. dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego.

20 kcm. przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ wydały 0·2315 $BaSO_4$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj Na_2CO_3 i Na_2SO_4 przedstawia się:

	Na_2CO_3	:	Na_2SO_4	
W cieczy zadanéj	1·100	:	1·028	= 1·071
„ „ żołądkowéj	0·763	:	0·704	= 1·083

z czego wynika, że ilość odsetkowa siarkanu sodowego względem węglanu sodowego zmniejszyła się

$$\alpha = \frac{1{\cdot}083}{1{\cdot}071} = 1{\cdot}011 \text{ razy}$$

a ztąd stosunek zgęszczenia soli w cieczy żołądkowéj w porównaniu z cieczą zadaną:

$$Na_2SO_4 \underset{1.011}{<} : Na_2CO_3$$

Wnosząc ztąd o wessaniu należy nie tylko uznać uwagę przy końcu doświadczenia 15go przytoczoną za słuszną i napisać, że wessanie

$$Na_2SO_4 > Na_2CO_3$$

ale nadto przypuścić, że różnica wessania tych soli jest większą niż podaje współczynnik 1·011, gdyż pewna część węglanu sodowego znajduje się jeszcze w żołądku zamieniona na NaCl.

Wpływ zaś dodanéj soli kuchennéj należy z otrzymanych wyników w ten sposób ocenić, że ona nie przyczynia się ani do większego wydzielenia kwasu żołądkowego, ani do spieszniejszego wypróżnienia żołądka, gdyż przeciwnie w tém doświadczeniu mniejsza ilość odsetkowa węglanu sodowego została zobojętnioną, (gdzie pozostało 0·763% Na_2CO_3), niż w doświadczeniu 15, (gdzie pozostało 0·678% Na_2CO_3), zatém i mniéj kwasu się wydzieliło, a ilość wydobyta płynu ze żołądka jest nieco większa, niż w doświadczeniu 15 i 16, co wskazuje albo zwiększenie wydzielania płynu z błony śluzowéj albo zmniejszenie funkcyi mechanicznéj żołądka w obec soli kuchennéj, za którém to ostatniém przypuszczeniem ta okoliczność przemawia, że ilość płynu wydobytego ze żołądka tak w tém jak i w innych doświadczeniach, gdzie użyto płynów alkalicznych, okazała się większą, aniżeli w tych przypadkach, w których zadane płyny były obojętne lub kwaśne.

Różnica w zachowaniu się węglanu sodowego obojętnego a kwaśnego dała powód do czynienia doświadczeń z węglanem magnowym kwaśnym, które niżéj przytoczę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Rossbach (Würzburg): **Spostrzeżenia nad działaniem różnych leków na błonę śluzową.**

Rossbach badał, w jaki sposób różne leki, czy to miejscowo zastósowane czy téż wewnętrznie podane, działają na wydzielanie i zmiany na błonie śluzowéj. Badania te robił na zwierzętach, którym na całéj przestrzeni rozciął tchawicę. Badania te wykonywał w następnym porządku:

1) Badania nad wpływem alkalijów a w szczególności *Natrum carbonicum* i *Natrum chloratum* na wydzielanie błony śluzowéj. Po zastrzyknięciu tych środków (kotom), błona śluzowa zbielała, a wydzielanie znacznie się zmniejszyło. Na podstawie tego autor wnosi, że zwiększone oddziaływanie alkaliczne krwi sprawia zmniejszenie, a nawet zupełne ustanie wydzielania śluzu na błonie śluzowéj tchawicy. Z tego wynika daléj, że działanie lecznicze alkalijów wcale nie polega na roztwarzaniu i ułatwianiu wykrztuszania plwocin, lecz że zwiększenie alkalescencyi krwi usuwa przekrwienie błony śluzowéj, a tém samém wydzielanie śluzu zmniejsza się lub ustaje. Tym sposobem alkalija działają wprost leczniczo na błonę śluzową nieżytowo przekrwioną. Daléj badał Rossbach działanie miejscowe alkalijów na błonę śluzową tchawicy. W tym celu używał rozczynów 1—2% węglanu sodowego; nie widział jednak żadnych zmian skutkiem tego na błonie śluzowéj mimo całogodzinnych obserwacyj. Za to nadzwyczaj energicznie działało napędzlowanie błony śluzowéj choćby najsłabszym rozczynem *Kali caustici.* Błona śluzowa cała stawała się silnie nastrzykaną, naczynia najdrobniejsze stały się widocznemi, wydzielanie znacznie się wzmagało. Silniejsze rozczyny sprowadzały w końcu wypocinę krupową na powierzchnię błony śluzowéj.

2) Pędzlowanie rozczynem rozcieńczonym kwasu octowego (3%) i amonijaku. Błona śluzowa nieco zaczerwieniona wydziela więcéj śluzu. Po wewnętrznem zastósowaniu tych leków spostrzeżono, że śluz, przedtém łatwo płynny i wodojasny, stawał się jakby galaretowatym, mniéj przejrzystym, opalizującym.

3) Działanie leków ściągających, taninu, ałunu i azotanu srebrowego. Po zastósowaniu miejscowém obydwóch pierwszych leków błona stawała się bledszą, co po bliższém zbadaniu okazało się jako polegające na zmianie barwy powierzchni téj błony. Wydzielanie śluzu zdawało się być wstrzymaném, powierzchnia błony śluzowéj stawała się suchą, w sposób właściwy błyszczącą. Także po napędzlowaniu rozczynem azotanu srebrowego powierzchnia błony śluzowéj stawała się białawo zabarwioną, tak że nie można było dostrzedz naczyń. Wydzielanie śluzu ustawało zupełnie, błona stawała się zupełnie suchą. Pomimo, że badania powyższe wcale nie wyjaśniają działania azotanu srebrowego i ałunu, to przecież autor jest zdania, że są to środki najdzielniejsze przeciw ostremu zapaleniu błony śluzowéj nosa i tchawicy.

4) Działanie oleju terpentynowego badał autor w dwojaki sposób: Raz puszczał na błonę śluzową prąd powietrza, przeprowadzonego przez szklankę napełnioną olejkiem terpentynowym. W tym razie wydzielanie śluzu stawało się coraz mniejszém, aż w końcu zupełnie ustawało, a błona śluzowa stawała się zupełnie suchą. Skoro jednak działanie powietrza, wysyconego parą olejku terpentynowego ustało, wydzielanie śluzu na nowo się rozpoczynało. Drugim razem puszczał na błoną śluzową parę kropli 1—2% rozczynu wodnego olejku terpentynowego. W tym znów razie błona śluzowa stawała się coraz bledszą, ale zarazem i wydzielanie śluzu wzmagało się. Z tegoby wynikało, że olejek terpentynowy, w ten sposób stósowany, wywołuje przez podrażnienie nerwów naczynioruchowych skurcz naczyń, niedokrwność błony śluzowéj, a skutkiem zwiększonego ciśnienia w naczyniach zarazem sprowadza znaczniejsze wydzielanie śluzu. Olejek terpentynowy więc, wnosząc z tego, byłby doskonałym środkiem przeciw nieżytom chronicznym błony

śluzowéj, połączonym z obrzmieniem téj błony, daléj środkiem podniecającym wessanie chronicznych wypocin błony śluzowéj. Jako zaletę tego środka przytoczyć trzeba jeszcze działanie jego antyseptyczne na śluz, który dłużéj zatrzymany na błonie śluzowéj, ulegając rozkładowi, drażni błonę, jakotéż działanie jego do pewnego stopnia narkotyczne.

5) Działanie pilokarpinu, emetynu i apomorfinu zasadza się na nadzwyczaj silném pobudzeniu wydzielania śluzu. Autor nazywa te środki *„Prototype für Expectorantia.“* Działają one znakomicie w zapaleniach błony śluzowéj chronicznych, połączonych z nieprawidłową suchością tych błon, daléj w zapaleniach ostrych błony śluzowéj narządu oddechowego, połączonych z wydzielaniem śluzu nader lepkiego, ciągłego, trudnego do wykrztuszenia; również zaleca je bardzo Rossbach w dławcu.

6) Działanie atropinu polega na zupełném wstrzymaniu wydzielania śluzu. Błona śluzowa wilgotna, dobrze pokryta śluzem, stawała się śród działania atropinu suchą. Wydzielanie śluzu ustawało na $^1/_2$ do 1 godziny i bardzo zwolna powracało. Według tego atropin byłby wskazanym w przypadkach ciągłego kaszlu, wywołanego przez nadmierne wydzielanie śluzu w tchawicy i oskrzelach.

7) Po zastrzyknięciu morfinu wrażliwość błony śluzowéj ustawała, a zarazem i wydzielanie śluzu znacznie się zmniejszało.—Skoro autor zastósował równocześnie morfin i apomorfin wewnętrznie, mógł się wybitnie przekonać, że morfin nie zmniejszał w niczém działania apomorfinu wzmagającego wydzielanie śluzu, apomorfin zaś w niczém nie zmniejszał własności morfinu, łagodzącéj drażliwość i pobudliwość błony śluzowéj. Na téj podstawie stósował autor z nader pomyślnym skutkiem morfin z apomorfinem w przypadkach duszności połączonéj z ciągłym kaszlem i wydzielaniem lepkiego śluzu, trudnego do wykrztuszenia. Morfin i atropin razem podane (atropin w bardzo małéj dawce) wywoływały działanie właściwe obu tym lekom razem. Kombinacyja ta okazała się najskuteczniejszą w przypadkach zadawnionych nieżytów dróg oddechowych, w dawnych rozedmach płuc, wreszcie w suchotach, połączonych ze znaczném wydzielaniem śluzu. W tym ostatnim razie atropin zmniejsza zarazem poty, wyniszczające siły chorego. Atropin sam podany często wywołuje nudności, z morfinem zaś nigdy tego nie sprawia.

8) W końcu czynił autor doświadczenia z działaniem prądów elektrycznych na sztucznie wywołane zapalenie i przekrwienie błony śluzowéj tchawicy (np. w skutek napędzlowania rozczynem amonijaku). Elektryzowanie wywołało widoczne zwężenie naczyń krwionośnych, które jednak nigdy nie dochodziło do tego stopnia, aby usuwało w zupełności nieprawidłowe przekrwienie. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 19 r. 1882). *Dr. Kopff.*

Dr. Zillner (w Wiedniu): **Przypadek otrucia chloranem potasowym.**

Wyrobnik włoski, lat 31 liczący, cierpiący na ból gardła, otrzymał od lekarza 20 gramów chloranu potasowego z poleceniem, aby płókał gardło rozczynem tego leku, biorąc proszku na koniec noża celem rozpuszczenia w szklance wody. Trzeciego dnia wystąpiły u chorego drgawki, które lekarze zawezwani do niego porównywali do napadu padaczkowego, a wśród tych drgawek nastąpiła śmierć. W pudełku znalezionym u zmarłego nie było więcéj niż 8·25 gram. soli przerzeczonéj, z czego wynika, że zmarły wyżył 11·75 gm.

Sekcyja uskuteczniona przez prof. Hofmanna wykazała na skórze bladéj rozległe plamy trupie barwy uderzającéj, bo szaréj z odcieniem zaledwie fijoletowéj, tak, że H. już po wejrzeniu trupa na pierwszy rzut oka i nie znając biegu rozpoznał otrucie chloranem potasowym jako prawdopodobne. Spojówki i dziąsła blado-szare, wargi, części płciowe szaro-fijoletowe, stężenie trupie w stawach szczękowych i skokowych; brak wszelkiego śladu obrażenia. Powłoki czaszkowe blade, z odcieniem szarym, z naczyń przeciętych wypływa krew płynna barwy soku tytuniowego, w zatokach żylnych i żyłach szyjnych krew płynna, barwy czokoladowéj; takiéj saméj barwy krwią nastrzykane są naczynia opon mózgowych, na przekroju mózgowia występują podobne kropki krwawe, obie istoty mózgowe uderzają zabarwieniem szarém; wyściółka komórek i zwoje naczyniowe szaro nastrzykane, tak samo opony na podstawie mózgu. Błona śluzowa przełyku i tchawicy szaro-fijoletowa, języczek nieco obrzękły. Na przekroju płuc wylewa się krew do fusów podobna. Serce szaro zabarwione zawiera krew taką samą jak płuca, zastawki, błona wewnętrzna aorty i mięsień sercowy szaro-brunatne. Ściany żołądka od zewnątrz szare, naczynia wieńcowe nastrzykane krwią barwy czekoladowéj; błona śluzowa, zwłaszcza na wysokości fałdów, szara, rozpulchniona. Nerki na przekroju szaro-brunatne, krew czekoladową wydające. W pęcherzu 500grm. moczu nieco mętnego, słabo kwaśno oddziaływającego, barwy ciemno bursztynowéj (a w nim prof. Ludwig wykazał obecność nie rozłożonego chloranu potasowego); błona śluzowa pęcherza szara z naczyniami nastrzykanemi, zawierającemi krew do fusów podobną, tak samo jelita. Kości na przekroju okazują obie istoty szaro zabarwione, a krew również do fusów podobną; chrząstki stawowe szare.

Jak wszystkie ciała, które zetknąwszy się z istotami organicznemi łatwo pozbywają się tlenu, tak i chloran potasowy przeobraża krew pod dwojakim względem. Pod względem chemicznym gałczeń tlenny zamienia się na methemoglobinę, która ma barwę czekoladową i zdolną jest upośledzać prawidłową wymianę gazów tak samo, jak gałczeń tlenko-węglowy. Można przekonać się o tém i na krwi trupiéj. Ponieważ krew trupia zazwyczaj jest odtlenioną, więc po dolaniu rozczynu chloranu potasowego utlenia się i nabiera barwy jasno-czerwonéj; z czasem jednak zamienia się mięszanina w płyn gęstawy ciemno-brunatny a wreszcie w galaretę czarno brunatną. Zmiana morfologiczna tyczy się ciałek krwi czerwonych, które się rozpadają i wydzielają przez nerki; gromadząc się zaś w cewkach prostych nerki zatykają je, skutkiem czego piramidy na przekroju już makroskopijnie okazują prążki brunatno-czerwone. Mocz spłókuje cząstki tych wałków i uprowadza je do pęcherza, a z tego powodu występuje moczenie krwawe a zazwyczaj i żółtaczka.

W danym przypadku sprawdzono pierwszą zmianę, tj. chemiczną; krew barwy czekoladowéj rozcieńczona wodą i przesączona ukazała na widmie: w warstwach cienkich obie smugi gałczenia tlennego i częściowe zaćmienie pola czerwonego, w warstwach zaś zbitszych tylko jednę ciemną smugę w polu czerwoném (smugę methemoglobiny), przyczém cała prawa część widma była ciemną aż do granicy pola żółtego i czerwonego. Natomiast zmiany morfologicznéj w tym przypadku nie spostrzeżono: ciałka czerwone krwi były niezmienione, a więc i piramidy nerkowe okazały się jednostajnie brunatno zabarwione, a cewki proste były próżne.

Wypadek badania przemawia za tém, że śmierć na-

stąpiła bardzo wcześnie po otruciu, zanim przyszło do naruszenia i zniszczenia ciałek krwi. Zdaje się więc, że chory zamiast płókać rozczynem wypił takowy. Zachodzi jednak pytanie, czy sól w mowie będąca po częstém płókaniu nie może się dostać do obiegu krwi i wywołać objawy otrucia, zwłaszcza, jeżeliby istniały znaczne zmiany chorobowe w błonie śluzowéj przełyku, których w danym przypadku nie było. (*W. med. Woch.* 1882, Nr. 45).

(Pospieszamy z podaniem treści powyższego sprawozdania, ponieważ ono wzbogaca dyjagnostykę otruć, dotychczas nie spoczywającą na podwalinach zbyt mocnych. Zmiany chemiczne, wywołane we krwi przez chloran potasowy, sprawdziliśmy na krwi trupiéj. W rzeczy saméj natychmiast po dodaniu chloranu potasowego krew nabiera barwy] o wiele jaśniejszéj, stając się podobną z wejrzenia do krwi, mieszczącéj w sobie tlenek węgla. W tym okresie krew okazuje na widmie 2 zwykle smugi pochłonne. Powoli — a potrzeba do tego kilku godzin— barwa jasna krwi ustępuje ciemniejszéj, brudno-brunatnéj a wreszcie czarno-brunatnéj, płyn zaś sam staje się gęstawym, galaretowym; tak przeobrażona krew okazuje na widmie smugę jedną w polu czerwoném (methemoglobinową), podczas gdy połowa prawa widma aż do granicy pola czerwonego jest zaćmioną. Jednakowoż do osiągnięcia tego rezultatu potrzeba znacznego dodatku chloranu potasowego, a po upływie kilku godzin rozczyn krwi nie daje już żadnego widma.

Podobny przypadek otrucia, jednak pomyślnie ukończony, ogłasza Dr. Benkö (*Pester med. chir. Presse*, Nr. 45). Dziewczynka 6-letnia wypiła 8—10 gram. chloranu potasowego, we wodzie rozpuszczonego; rozczyn ten miał służyć do płókania. Objawami chorobowemi były: zapad, wymioty, stolce zielono-czarne, czynności serca osłabione, żółtaczka, ból w okolicach lędźwiowych, mocz zielono-czarny zawiera białko, czerwone ciałka krwi rozpadające się. Wyzdrowienie nastąpiło w ciągu 2 tygodni). *L. B.*

Riedinger: **O wstrząśnieniu klatki piersiowéj.**
(Rzecz miana na XI Zjeździe chirurgów niemieckich).

Wstrząśnienie klatki piersiowéj jest jedném z najmniéj zbadanych obrażeń ciała. Niektórzy autorowie nie wspominają nawet o niém, inni twierdzą, że wcale nie istnieje, inni wreszcie identyfikują je ze stłuczeniem. Należy jednak odróżnić dokładnie obie te postacie obrażeń. Podczas gdy wśród stłuczenia ulega zniszczeniu pewna część miąższu płucnego i przerywają się pnie naczyniowe, polega wstrząśnienie na zmianach znacznie drobniejszych, niedostępnych badaniu makroskopowemu. Obrażeni wdychają najczęściéj głęboko po urazie, następnie wydychają kilkakroć krótko, czasem jęcząc, bledną, drżą na całém ciele a zimny pot zalewa ich skronie. Najczęściéj zdarza się, że obrażeni przychodzą prędko do siebie, rzadziéj nastaje śmierć bezpośrednio po urazie, niestety rzadkie te przypadki nie są tak dokładnie opisywane, iżby skutek samego wstrząśnienia był niewątpliwym; niekiedy rozpoznawano z przypadów samo wstrząśnienie a znajdowano stłuczenie. Ze względu na tę okoliczność starał się R. doświadczalnie zapoznać się bliżéj z tą sprawą chorobową. Maola, który się również zajmował doświadczeniami w tym kierunku, przyszedł do przekonania, że wstrząśnienie klatki polega na zadrażnieniu nerwu błędnego a porażeniu nerwu współczulnego. R. czynił doświadczenia na królikach, które przywiązywano w ten sposób, że pod grzbietem swobodnie rękę przesunąć było można, aby tym sposobem uniknąć odbicia. Po największéj części kreślono za pomocą odpowiedniego przyrządu ruchy oddechowe, mierzono parcie krwi i wykazano, że po uderzeniu opada ciśnienie krwi nagle a następnie powraca stopniowo do stanu prawidłowego. Po kilku uderzeniach utrzymuje się parcie krwi przez czas dłuższy znacznie poniżéj prawidłowego. Tor oddychania ulega tylko nieznacznym zmianom. Skoro nagle odwiązano zwierzę, kładło się ono chwiejąc się na nogach, oglądało się trwożliwie dokoła, oddechając szybko. Przy sekcyi nie znajdowano żadnych lub tylko nieznaczne zmiany: drobne wynaczynionki podopłucnowe; po urazach silniejszych znajdowano złamania żeber, stłuczenia miąższu płucnego, pęknięcia wątroby, skutkiem których zwierzęta szybko ginęły. Autor sądzi, że nagłe obniżanie się parcia krwi jest skutkiem zadrażnienia nerwu błędnego, krzywizna parcia jest bardzo podobną do uzyskanéj podczas drażnienia nerwu błędnego prądem przerywanym; okoliczność, że parcie utrzymuje się nizko przez czas dłuższy, jest skutkiem zadrażnienia zniżacza i innych nerwów, przebiegających wśród przestrzeni wstrząśniętéj. Wstrząśnienie klatki piersiowéj polega tedy przedewszystkiém na zboczeniu w innerwacyi ośrodków krążenia, wywołaném przez ustanie ruchów serca, gdy nerw błędny zostaje zadrażnionym w klatce piersiowéj, powtóre w skutek zmniejszenia napięcia ścian naczyniowych na obwodzie. (*Mittheilungen des Vereines d. Aerzte.* Nr. 21 z 1882 r.) *Ig. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Convallaria majalis.** Środek ten dawno używany w Rosyi przeciw puchlinie wodnéj został świeżo zbadanym we Francyi a mianowicie: 1) jego wyciąg wodny z liści, który zdaje się być słabym przetworem; 2) wyciąg z kwiatów, działający daleko silniéj na zwierzęta niźli na ludzi; 3) wyciąg z całéj rośliny. Hardy otrzymał alkaloid, konwalaryn, w bezpostaciowéj formie, zdający się posiadać przymiot, który można porównać z własnościami digitalinu. Dawki tych wyciągów wynoszą od jednego do dwóch gramów, czy to wyciągu z kwiatów czy téż z całéj rośliny. U żółwia spostrzeżono znaczne opóźnienie uderzeń serca, częstość uderzeń opadła w przeciągu minuty z 36 na 4. U psa po zastrzyknięciu podskórném 5 centygramów wyciągu zmniejszyła się liczba uderzeń serca i liczba oddechów. Germain Sée badał ten środek w 20 przypadkach chorobowych, w trzech bez skutku, ale w innych wpływ tegoż był bardzo znaczny; działa on bardzo silnie moczopędnie, tak że ilość moczu jest 3 razy większa niż była przedtém. Leczono tym środkiem 3 przypadki niedomykalności zastawki dwukończystéj, 2 rozstrzeni serca, zwykłego przerostu, niedomykalności aorty, zwykłéj niedokrewności, długotrwałego zapalenia osierdzia i cukrzycy. Rosyjscy lekarze utrzymują, że środek ten jest bardzo pożytecznym w nerwowych chorobach serca, Sée jednakże mniema, że twierdzenie to jest bezzasadném. Środek ten nie ma żadnego wpływu na organa trawienia i bywa dobrze znoszonym, zwiększa on raczéj niż zmniejsza apetyt i ułatwia działanie kiszek. Zmniejszenie liczby uderzeń serca w zwykłych warunkach wynosi około 10 do 15 na minutę. Zboczenia, szczególniéj systemu nerwowego, po użyciu tego środka zmniejszają się; usuwa on tętnienia w odległych naczyniach, np. w głowie, a równocześnie wzmaga siłę czynności serca. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 8).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow Przyj. Nauk w Poznaniu d. 24 czerwca 1882.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Poczém mówił kol. Dr. Kaczorowski o leczeniu przeciwgorączkowém:

Od czasu, gdy terapija, porzuciwszy nadany sobie przez szkołę wiedeńską nihilistyczny kierunek, do czynniejszéj zwróciła się znów w chorobach wewnętrznych interwencyi, zwalczanie gorączki towarzyszącéj ostrym, a mianowicie t. zw. infekcyjnym chorobom stało się hasłem lekarzy. Wygłoszone najpierw przez prostego empiryka, długi czas wyśmiewane, nareszcie podjęte przez wojskowego lekarza w durze jelitowym, hasło owo utorowało sobie drogę do klinik profesorskich i dało popęd do całkiem oddzielnéj metody leczniczéj, która opierając się na podwalinach fizycznych wkrótce zyskała powagę naukową a w ostatnim dziesiątku lat stanęła na porządku dziennym terapii całego świata cywilizowanego. I zaprawdę, któżby nie uległ urokowi środków leczniczych, strącających pożerającą chorego gorączkę poniekąd o parę stopni i przywracających mu większą swobodę choćby na kilka godzin? wszak cyfry są dowodem najwymowniejszym. Tymczasem zaczynają się powoli odzywać głosy ostrzegające przed zbyt śmiałém stosowaniem środków przeciwgorączkowych, które już nawet najsmutniejszą nieraz sprowadziły katastrofę. Budzi się reakcyja przeciwko zbyt heroicznéj antipyrezie podobnie jak w czasie obecnym przeciwko przyjętemu z takim entuzyjazmem przez chirurgów jodoformowi. Nie od rzeczy więc będzie, abyśmy, których praktyczna strona nauki lekarskiéj najżywiéj obchodzi, udzielając sobie wzajemnych spostrzeżeń, porozumieli się co do kwestyj zasadniczych terapii przeciwgorączkowéj. Tęż samą rzecz zamieścił na porządku dziennym zebrany przed dwoma miesiącami w Wiesbadenie pierwszy niemiecki Zjazd internistów niemieckich, z którego rozpraw odnośnych pozwolę sobie zdać krótką sprawę: Otóż referent kwestyi antipyretycznéj prof. Liebermeister sformułował następujące główne punkty: 1) że w wielu przypadkach chorób gorączkowych zachodzi dla chorego niebezpieczeństwo z powodu podniesienia się ciepłoty ciała; 2) że w takich razach jest zadaniem lekarza, odpowiedniemi środkami zwalczać ciepłotę podniesioną; 3) że w niektórych przypadkach także zastosowanie leków przeciwgorączkowych, mianowicie chininu i kwasu salicylowego, jest pożyteczném; 4) że podstawą leczenia przeciwgorączkowego jest bezpośrednie odejmowanie cieplika za pomocą kąpieli ochładzających. Metoda Liebermeistra polega, jak wiadomo, na zastosowywaniu mniéj więcéj co 3 godziny zimnych kąpieli o 15°R., po których dla utrwalenia działania przeciwgorączkowego podaje się jeszcze do 1,5 chininu, ile razy ciepłota przekracza 39,5°C. Głównêm zaś polem do doświadczania téj metody jest dur jelitowy. L. polecał ją i teraz, pragnąc, ażeby się stała własnością wszystkich lekarzy. Koreferent Ries, podzielając zapatrywania te, różni się jednak od Liebermeistra w przeprowadzeniu metody antipyretycznéj przypisując niepowodzenia jéj kąpielom zimnym i przemawia raczéj za stałém i ile możności dokładném obniżeniem ciepłoty za pomocą środków wewnętrznych i to salicylanu sodowego w połączeniu z kąpielami zimnemi, albo lepiéj jeszcze za pomocą ciągłych kąpieli letnich o 25°R. Metody téj doświadczał w 1273 przypadkach duru jelitowego i 327 przypadkach zapalenia płuc. Śmiertelność w durze wynosiła 20,9%, w zapaleniu płuc 25%, wynik zaprawdę nie wielce zachęcający, jakkolwiek Ries słusznie podnosi, że w szpitalach, dokąd po większéj części ciężkie i daleko już posunięte przypadki chorobowe się odsyłają, nie należy mierzyć skuteczności terapii odsetkami śmiertelności. Ries przypuszcza, że stałe utrzymywanie chorych w ciepłocie niżéj 38,5°R usuwa chorobowe objawy ośrodków nerwowych a poniekąd skraca całą sprawę gorączkową. Jürgensen oprócz zimnych kąpieli i kiedy niekiedy podawanego chininu kładzie nacisk na podtrzymywanie odporności ustroju za pomocą obfitych ilości wyskoku jako środka zaoszczędzającego zużycia ustroju i za pomocą środków pożywnych. Postępując wedle téj metody, wyjąwszy przypadki krwotoków i przedziurawienia jelita, powikłania z zapaleniem płuc, nie stracił ani jednego chorego na dur jelitowy. Curschmann, lekarz szpitala hamburskiego, doświadczywszy wszystkich sposobów przeciwgorączkowych w durze jelitowym, pozostał przy skombinowaniu zimnych kąpieli z chininem, przyznaje jednak, że w szafowaniu temi środkami coraz staje się powściągliwszym. Nie wątpi bowiem, że przypadki duru jelitowego, średniego a nie rzadko nawet ciężkiego nasilenia byle niepowikłane, w obec starannego unikania zewnętrznych szkodliwości, w korzystnych warunkach higijenicznych i bez czynniejszego postępowania ze strony lekarza pomyślném zejściem się kończą. W ostatnich latach, hołdując téj zasadzie, otrzymywał średnią śmiertelność od 6—7%. Tylko w czasie stale utrzymującéj się wygórowanéj gorączki używa zwolna ochładzanych kąpieli wedle metody Ziemssena, t. j. zacząwszy od 26°R. a obniżając zwolna ciepłotę wody aż do 22°R., poczém podaje chorym chininu 1—1,5. Gerhardt uważając działanie przeciwgorączkowe za największy postęp nowoczesnéj terapii, ostrzega jednak przed winnikiem wymiotnym i weratrynem, zaleca w durze zimne kąpiele, chinin, będąc przeciwnym salicylanowi sodowemu. Kładzie także nacisk na popieranie w durze sił chorego za pomocą pożywienia i wina. Rühle, chłoszcząc lekarzy zapisujących chinin każdemu choremu, u którego ciepłomierz wskazuje 39—40°, przypomina tak zwane poronne leczenie duru jelitowego za pomocą większych dawek kalomelu. Tłumacząc sobie pomyślne jego działanie sprowadzeniem obfitszéj wydzieliny żółci, a ztąd wydaleniem choć części jadu tyfusowego, który przez narząd pokarmowy ustrój nagabuje. Binz przypisuje środkom przeciwgorączkowym własność porażającą istoty chorobotwórcze, upatruje w poronném działaniu kalomelu w durze odwietrzający skutek sublimatu, wywiązującego się z kalomelu w jelicie cienkiém. Mayer z Akwisgranu gromił Henocha i Steffena, ponieważ w tyfusie u dzieci porzucają energiczniejsze postępowanie przeciwgorączkowe, dozwalając najwyżéj dwóch kąpieli na dobę o 25—22°R. Otóż opinije zebranych na Zjeździe niemieckich profesorów i lekarzy o znaczeniu i wartości metody przeciwgorączkowéj były prawie jednozgodne pod tym względem, że w chorobach gorączkowych, mianowicie w durze jelitowym i zapaleniu płuc, należy zwalczać gorączkę i to najlepiéj za pomocą zimnych kąpieli w połączeniu z wielkiemi dawkami chininu. Jeden tylko lekarz szpitalny, i to Curschmann, śmiał wystąpić z zaleceniem oględniejszego zastosowywania heroicznéj antipyrezy, obracając się jednak tylko w ogólnikach, nikt nie zakłócił téj zgodnéj harmonii zdań przytoczeniem nieszczęsnych przygód bezpośrednio po użyciu owych środków nieraz spostrzeganych, mianowicie u dzieci i słabowitych dorosłych osób. Nigdzie w całéj dyskusyi nie napotykamy wyszczególnienia warunków, stanowiących przeciwwskazanie tak energicznego działania przeciwgorączkowego. Co do moich własnych doświadczeń wyznać mi przychodzi, że z pierwotnego entuzyjazmu dla środków przeciwgorączkowych po kilku rażących niepowodzeniach znacznie ochłonąłem. Widziałem bowiem przed 4 laty raz u kobiety durem jelitowym dotkniętéj w dziesiątym dniu choroby, gdy ciepłota do 41°R. się podniosła, po 1,5grm. chininu w parę godzin występujący zapad, z którego się choréj już poddźwignąć nie udało i gdzie po śmierci żadnego powikłania w zwłokach nie znaleziono. Druga kobieta, również w durze jelitowym 12tego dnia choroby po 6,0 salicylanu sodowego, zadanego li tylko dla obniżenia ciepłoty do 41°C. dochodzącéj, popadła w gwałtowną niemoc serca i w dwie godziny życie zakończyła. Po zimnych kąpielach o 15°R. bardzo często obserwowałem pod koniec 15 minut trwającéj kąpieli całkowite zesinienie odnóg dolnych, gwałtowne drżenie, a w końcu zapad, od którego zaledwie wszelkiemi możliwemi środkami podniecającemi uwolnić można było chorych, a któremu mężczyzna liczący 56 lat w drugim tygodniu duru jelitowego znajdujący się w parę godzin uległ. Odtąd wiem i o kilku kolegach, którzy po wielkich dawkach chininu i kwasu salicylowego bardzo niepomyślne wyniki spostrzegali. Pamiętny mi szczególniéj przypadek żony jednego z naszych kolegów, połogowém zapaleniem okołomacicznem dotkniętéj, u któréj zadanie od razu 1,5 chininu dla obniżenia ciepłoty przechodzącéj 40,5° wielce zatrważające otrucie sprowadziło, mianowicie osłabienie serca, którego drobne tętno zaledwie policzyć się dało. Wreszcie w sprawozdaniach szpitalnych w wielu miejscach wyczytać można o niepowodzeniach po zastosowaniu zimnych kąpieli w durze jelitowym, a szczególniéj składano na nie winę zdarzających się zbyt często krwotoków jelitowych. Pouczającém więc będzie dla nas wszystkich, jeżeli obecni tu koledzy udzielą nam swoich w téj materyi do-

świadczeń. Zanim to nastąpi, pozwolę sobie najpierw zakreślić stanowisko, z jakiego na terapiję przeciwgorączkową się zapatruję. Przedewszystkiém stwierdzić należy, że nie podobna było dotychczas wykazać, jakoby działanie przeciwgorączkowe zdołało skrócić przebieg tych chorób, przeciw którym je stosowano. Jeżeli Ries na Zjeździe wiesbadeńskim oświadczył, że stałe obniżenie ciepłoty za pomocą ciągłych kąpieli tego dokazać potrafi, to wyniki śmiertelności jego chorych (21% w durze jelitowym, a 25% w zapaleniu płuc) nie świetnie popierają jego metodę, bo tak zastraszającego procentu śmiertelności nawet w tutejszym szpitalu miejskim, którego chorzy z podobnych jak zakład Riesa rekrutują się żywiołów, w obec innych sposobów leczenia, wykluczających zimne kąpiele, w żadnym roku nie uważałem. Natomiast godzić się należy na niezaprzeczenie dobroczynny wpływ, jaki ochładzające kąpiele wywierają na przebieg chorób gorączkowych, mianowicie tyfusowych, już to uśmierzając objawy zbytniego podrażnienia ośrodków nerwowych, np. bólu głowy, majaczeń, kurczów, odurzenia, śpiączki itp., już też to podniecając upadającą sprawę obiegu krwi i oddychania. Tak jedne jak drugie objawy chorobowe przypisywano głównie wpływowi gorączki, pierwsze, t. j. objawy mozgo-rdzeniowe, hyperekscytacyi włókien nerwowych przez zbyt gorącą krew, upadek serca tłuszczowemu z téj samėj przyczyny zwyrodnieniu. Wykrycie w zwłokach tyfusowych drobnych ustrojów nagromadzonych w miękkiéj oponie narządu mózgo rdzeniowego dozwala obecnie odmiennego tłumaczenia objawów nerwowych, t. j. uważać je za objaw czysto miejscowego zajęcia ośrodków nerwowych. Czynność zaś serca nie zawsze idzie w parze z ciepłotą ciała. Młodsze osoby, szczególniéj dzieci, w chorobach tyfusowych mało oddziaływają na wysokie stopnie ciepłoty. Z wielu przykładów przytaczam następujące: Trzechletnie dziecko np. dotknięte durem osutkowym, o ciepłocie wieczorem do 41°C. dochodzącéj, które przesiadywało swobodnie większą część dnia w łóżeczku. Szesnastoletnia dziewczyna dotknięta durem jelitowym, który po trzech tygodniach w stan bezgorączkowy przeszedłszy, w tydzień późniéj odnowił się, w pierwszym okresie choroby o ciepłocie 40,5° wieczorem do 41° wzmagającéj się, okazywała 60 uderzeń tętna w minucie a chora czując się wcale nie źle, domagała się ciągle pozwolenia, aby z łóżka wstać mogła. W chorobach więc gorączkowych punktu ciężkości choroby nie w saméj tylko gorączce szukać należy. Stopień miejscowego zajęcia dotkniętych narządów i upośledzenia ich czynności stanowi jądro choroby, a po dłuższém trwaniu walki ustroju przeciw najezdniczym pierwiastkom chorobotwórczym mięsień sercowy, skutkiem nadmiaru pracy około wyrównania przeszkód obiegu krwi, a nadto pod wpływem topiącego żaru gorączkowego, chromać zaczyna i nie wsparty przez lekarza łatwo uledz może porażeniu. Pomijając więc miejscowe zajęcia, przeciw którym najskuteczniejszą broń podaje nam częste, podskórne zastrzykiwanie morfinu, lekarz według zdania mojego nie tyle przeciwko niebezpieczeństwu wynikającemu ze zbytniego podniesienia ciepłoty, ile przeciw ubezwładnieniu czynności sercowéj występować powinien. Stan tętna tak uważnie śledzony przez dawniejszych lekarzy odzyskać winien dawniejsze swe prawa nieprzedawnione i stać się regulatorem postępowania leczniczego. To też Jürgensen, Gerhardt i Curschmann kładli nacisk na podtrzymywanie odporności ustroju za pomocą wyskoku i środków pożywnych, jakkolwiek obstawali za kąpielami zimnemi i chininem. Wedle moich doświadczeń, w ostatnich latach zebranych, doszedłem więc do następujących wniosków leczniczych: 1) ochładzanie chorych z jakiéjbądź przyczyny gorączkujących przynosi im wielki pożytek, łagodząc ogólne ich chorobowe poczucie, mianowicie objawy wynikające z podrażnienia ośrodków nerwowych a równocześnie skrzepiając czynność serca i budząc trochę łaknienia; 2) środkiem najbardziéj wolnym od niepożądanych pobocznych skutków ku temu jest w zimnéj porze roku wystawienie górnéj części ciała, mianowicie głowy, na ustawiczne działanie świeżego choćby mroźnego powietrza; 3) zimne kąpiele znoszą pomyślnie tylko jędrne jeszcze, nie zbytecznie ku obu krańcom wieku zbliżone osoby; dzieci i starcy, tudzież osoby nerwowe, użalające się w ciągu choroby na zimno i dreszcze, nareszcie chorzy w późniejszym okresie choroby, gdy serce już wątleć zaczyna, zimnych kąpieli winni unikać; 4) w braku warunków umożebniających ochładzanie chorych za pomocą powietrza pomyślnie działają kąpiele od 26°R. w miarę znoszenia aż do 22° zniżane, połączone ze zlewaniami górnych części tułowiu wodą chłodniejszą, przez co ośrodki nerwowe dostatecznie się pobudzą; 5) w umiarkowanych przypadkach chorób gorączkowych, mianowicie tyfusowych, wystarczają w cieplejszéj porze roku, lekkie okrycie, częste zimną wodą zmywanie chorych, oraz obfite irygacyje zimnéj wody do jelita; 6) wielkich dawek chininu i kwasu salicylowego, będących mieczem obosiecznym, należy jako środków przeciwgorączkowych całkiem zaniechać; wyjątek stanowi zimnica i gościec ostry; 7) w zapaleniu płuc leczenie przeciwgorączkowe za pomocą kąpieli albo chininu lub kwasu salicylowego że względu na krótkotrwały przebieg choroby jest zbytecznêm a nawet szkodliwêm być może; najważniejszém zadaniem lekarza w chorobach gorączkowych jest podtrzymywanie odporności ustroju, mianowicie czynności sercowéj, za pomocą pokarmów pożywnych, mianowicie mleka, wyskoku i leków podniecających, jak kamfory z kwasem będźwinowym. (Dok. nast.).

V. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

Stosunki z Zarządem centralnym służby zdrowia w Konstantynopolu pozwoliły mi przejrzeć akta dotyczące zarazy morowéj i cholery, które grasowały na Wschodzie w roku przeszłym. Korzystałem więc z tych dokumentów: i jako przyczynek do historyi dwóch tych epidemij podaję opis ich wybuchu i przebiegu na Wschodzie tureckim w r. 1881. Jakkolwiek szkic mój uważam za bardzo spóźniony, jednak spodziewam się, że podaniem faktów i dat, opartych na źródłach urzędowych, zdołam jeszcze zainteresować ogół naszych czytelników.

W historyi oświaty spotykamy się z bardzo popularnêm zdaniem, uważającém Wschód za kolebkę cywilizacyi. Gdy jednak w epoce nam współczesnéj ta wschodnia cywilizacyja okryta pleśnią przedawnienia zaledwie interesuje specyjalistów, to niemniéj jednak Wschód bliższy lub odległy przedstawia się, mianowicie dla lekarza, jako obszerne pole ukrywające w sobie źródła przyczyn nagminnie tu panujących chorób zakaźnych. Dla higijenisty więc upaść musi ta urocza zasłona, w jaką idealiści upowili piękną i ciekawą tę część świata, pomimo wszystkich swych powabów gnieżdżącą w sobie zarodki ciężkich stanów chorobowych szybko i groźnie rozchodzących się po staréj Europie. Bo też naprawdę z małym bardzo wyjątkiem każdy wybuch takich chorób jak cholera i powietrze morowe w Europie, zawsze poprzedziło ukazanie się tych epidemij na Wschodzie. Dość bowiem rzucić okiem na tablice statystyczne z rozmaitych epok, ażeby się przekonać, że szlaki, po których się przedostały do nas te prawdziwe plagi socyjalne, zawsze wybiegały od Wschodu, uważanego też powszechnie za niewątpliwe siedlisko cholery i dżumy. I gdy pośród społeczeństw europejskich wieść sama o zwiastunach epidemii zwykła już wywoływać trwogę i ogólny upadek na duchu, na Wschodzie, mianowicie pośród ludów muzułmańskich, stale panuje pewne zobojętnienie, spartańska gotowość niejako do zniesienia klęski, jako kary rzuconéj ręką rozgniewanego bóstwa na występne społeczeństwo! Obawa śmierci ma tak mały wpływ na te ludy pełne fantazyi i szczeréj wiary w męczeńską koronę, że szerzenie się zarazy nie oddziaływa prawie na ich uczuciowość. Ten rodzaj determinacyi, o ile mogłem zauważyć i wyrozumieć przesądną dążność tutejszych ludów, opierać się zdaje na przekonaniu, że choroby zakaźne, a mianowicie cholera i dżuma, zwykły grasować na Wschodzie po upływie każdych lat dziesięciu. Ma się więc czas do przygotowania się celem zniesienia klęski. Smutne jednak doświadczenia ostatnich lat zaprzeczyły temu

najzupełniéj. I okres czasu od roku 1870—1879 podał nam liczne przykłady szerzenia się zarazy nie tylko w oddalonym Wschodzie ale i w Arabii, Mezopotamii i poblizkiéj Syryi, co dowodzi, że nawet prawdopodobne oznaczanie czasu wybuchu chorób zakaźnych pochodzenia wschodniego jest rzeczą niepodobną.

Parę wstępnych uwag o geografii i topografii samego teatru epidemij, który w ciągu czteroletniego tam pobytu szczegółowo poznałem, uważam za stósowne.

Na południo-wschód od Mezopotamii (El-Dżezyre Arabów) rozpoczyna się starożytna Babilonija, w języku urzędowym zwana „Irak Arabi" (Arabija odległa). Prowincyja ta, stanowiąca część wielkorządztwa Bagdadzkiego, rozciąga się między 31° i 36° sz. poł. mając kształt owalny, którego górną część obejmują ramiona Tygru i Eufratu, zbliżające się ku sobie coraz to bardziéj, ażeby na wysokości Bagdadu utworzyć wązką kilkakilometrową szyję, w najrozmaitszych kierunkach poprzerzynaną kanałami i napływem głównych tu wodnych zbiorników. Postępując za biegiem głównego koryta Eufratu spotykamy nad jego wybrzeżami następujące miejscowości: osadę Musseib (1.200 mieszkańców) rozrzuconą po obu wybrzeżach Eufratu i połączoną z Bagdadem dobrą drogą. Daléj Mohavil lub Menavil małą wioszczynę, położoną na lewém wybrzeżu i również połączoną szeroką drogą z głównym miastem prowincyi. Następnie spotykamy Hyllet lub Hylla (w pobliżu ruin Babilonu) rozłożoną po obu brzegach Eufratu, bardzo ważny punkt handlowy z 20 tysiącami mieszkańców. Po za tém miastem wznoszą się tu i owdzie osady arabskie i albańskie, z których większe i ludniejsze noszą nazwy Medżydie, Dżerboje, następnie Dagarrach nad kanałem tegoż nazwiska, z którym dobiegamy do drugiego ważnego punktu handlowego, Dywanieh. Gdy się wydostaniemy z gajów drzew daktylowej palmy wieńcem otaczających ostatnią tę miejscowość, i postępować będziemy prawym brzegiem Eufratu, spotkamy leżące w pustyni ruiny obszernego niegdyś miasta Lamlemu, jeszcze w epoce Kalifów bagdackich przez mieszkańców opuszczonego z powodu grasujących tu zabójczych zimnic. W końcu przedostawszy się na nędzném pamiętającém czasy Noego czółenku przez jeden z kanałów, dojdziemy do Samawy, zkąd już większą łodzią można się dostać do nowozałożonéj osady Nezren, miasteczka Suk-el-dżuk i wreszcie do ubożuchnéj arabskiéj osady Kurna, położonéj przy zbiegu Tygru i Eufratu, płynących już daléj jedném korytem głębokiém i dostępném dla wielkich statków, kursujących między Bagdadem a Bassorah (12—15 tysięcy mieszkańców) i przystanią Tao, położoną już nad zatoką perską.

Między Musseib i Samawą dolny Eufrat po prawém swém wybrzeżu wydziela znaczną ilość odnóg i kanałów sztucznych i naturalnych, pokrywających całą południowo-zachodnią okolicę prawdziwą siecią koryt, z wodą niemającą łatwego odpływu, sprzyjającą zatém tworzeniu się błotnych kałuż. Naprzeciw samego Musseibu jeden z kanałów oddziela się ku Kerbeli, miastu z 10 tysiącami mieszkańców, bardzo ważnemu nie tylko pod względem handlu ale i z powodu pielgrzymki Persów i Arabów, przybywających z najdalszych okolic dla oddania czci znajdującym się tu grobom obu synów Alego. Poniżéj Musseib oddziela się wielki kanał Hyndieh, nad którym znajdujemy małą arabską osadę Tanabi, a nieco daléj Tuerych, pospolicie zwaną Hyndieh, miasteczko z czterema tysiącami mieszkańców. W tym punkcie wielki kanał rozdziela się na dwie odnogi, z których odnoga południowa doprowadza do osad Abassiad, Horel-Tohun i Chamieh. Gałęź ta z nadzwyczaj obfitym zasobem wody zwykle zalewa całą okolicę aż do wybrzeży Eufratu, odległego tylko o 4 godzin drogi. Pewne tylko tu punkty utworzone przez naniesiony i ustalony tu z czasem piasek tworzą wydatności w rodzaju małych wysepek, z których na główną uwagę zasługuje Chamieh, łącząca się długim przesmykiem z Dywanieh, Chafieh, Memar i El-Raz; nieco daléj leżą dwie wysepki Hammadat i wreszcie dwa nasypy Ban-ei-Tumen. W stronie zaś południowo-wschodniéj od Chamieh występują trzy inne wysepki, niedostępne jednak z powodu otaczających je moczarów. Plemię beduinów Abou-dżewalzir najczęściéj zwykło tu koczować. Zachodnia zaś odnoga kanału Hyndieh przepływa przez Dżessar-El-Kuffe, uważanego za ojczyznę patryarchy Noego, w pobliżu punktu, gdzie kanał ten wpada do jeziora Nedżeff. W dwugodzinnéj ztąd oddali leży piękne miasto Nedżeff, zwane inaczéj Mechemet-Ali, z 10 tysiącami mieszkańców i sławne grobem Kalify Alego zięcia wschodniego proroka. Całą tę okolicę zamieszkują ważne dwa wielkie arabskie plemiona Beni-Hassan w pobliżu Kerbelli i Montefik rozsiadłe w pustyni aż do Bassorah i zatoki perskiéj.

Tych kilka szczegółów, może suchych i zawikłanych, nie podobna mi było pominąć z powodu, że one to właśnie są nicią przewodnią pośród tego labiryntu wsi, plemion, kanałów, jezior i rzek pokrywających swą siecią całą prowincyję zwaną „Irak-Arabi," najbardziéj doświadczoną przez zarazę morową. Po zapoznaniu się zaś z fizycznym kształtem miejscowości, więcéj lub mniéj pokrytéj moczarami, wypada mi dodać, że ryż i palma daktylowa są głównemi przedmiotami kultury miejscowéj. Ludność stanowią przeważnie Arabowie, pośród nich znajdują się Izraelici hiszpańscy, wreszcie Persowie i Turcy. Ci ostatni są to najczęściéj wojskowi lub urzędnicy administracyjni. Arabowie żyją tu pokoleniami stale osiadłemi prawie od pół wieku. Mieszkania ich stanowią zwykle namioty, nędzne lepianki z gliny i słomy, okryte matami, gałązkami palmy, a niekiedy u zamożniejszych tylko posiadające płaski dach zbudowany z nieszczególnego gatunku cegieł. Z miast głównie zasługują na uwagę Hyllet i Dywanieh, siedlisko władz okręgowych, a daléj Kerbella i Nedżeff, które z powodu odbywanych tu pielgrzymek pochłaniają corocznie kilka tysięcy trupów, z których większą połowę przywożą z najodleglejszych okolic Persyi. Dwa więc te miasta są to poprostu olbrzymie nekropole, w których wytwarzające się zaduchy słusznie można uważać za prawdopodobną przyczynę panujących tu epidemij.

Rzućmy teraz okiem na sam rozwój i postęp zarazy morowéj w poznanych tylko co okolicach. W początkach stycznia przeszłego roku plemię osiadłych Arabów „El-Zayad" pierwsze uległo zarazie. Ztąd, za pośrednictwem koczujących beduinów, choroba dostała się do Chamieh, daléj do Dżaara, małej osady (1.200 mieszkańców), gdzie śmiertelność do połowy marca doszła do 350 osób, a połowa prawie całéj ludności była cierpiącą. W ciągu kilku dni spostrzeżono pojawy zakażenia w Kufie, a głównie w samym Nedżeffie, gdzie do końca maja 2.517 osób padło ofiarą zarazy. Zawsze postępując od Dżaary choroba dostała się do Dessim, gdzie na 90 rodzin 40 uległo zakażeniu. Daléj widzimy Labiebad zakażony przez Dessim, gdzie znowu na 130 mieszkańców 100 umarło. W pierwszych dniach kwietnia zaraza morowa z Dessim przeniosła się do Dżemabadu i El-Zakra, zabierając połowę ogólnéj liczby mieszkańców. Jednocześnie prawie

zostały zakażone Hamadad i mała wysepka Aukocle, tracąc 100 ofiar na ogólną liczbę 150 mieszkańców. Daléj straszna ta plaga nie folgując wcale dostała się do Rumeli, Tavabi, Ketta, Mistyab, osad leżących w pobliżu Dżaary. Wreszcie, zmieniając niejako swój kierunek ku wschodowi, wybuchła w małéj osadzie Chafieb, gdzie na 100 mieszkańców 60 padło ofiarą zarazy. I w końcu nieposkromiona w swym rozwoju ukazała się w miasteczku okręgowém Chamieb. Ztąd postępowała zachodnim wybrzeżem Eufratu a z wyjątkiem Arabów Abon-dżewair cała okolica wolną była od zarazy. Zarówno téż miasta Hyndieb, Kerbella, Musseib i wielkie pokolenie Arabów Beni-Hassan, a jeszcze daléj na południe miasteczko Samawa i pokolenie beduinów Montefik wcale od niéj nie ucierpiały, tak że pole szerzenia się zarazy było bardzo nieznaczném, ograniczoném do przestrzeni położonéj na południo-wschód dolnego Eufratu, w dolinach zasianych ryżem, pokrytych lasami palm daktylowych, zajmujących przestrzeń między rzeką, jeziorem Nedżeff i jego wybrzeżami. Uwięziona niejako między pustynią arabską na południowschód i Eufratem od północno-zachodu, zaraza tutaj to przeważnie grasowała z całą swą siłą.

Nie wdając się w powtarzanie dobrze znanych przypadów klinicznych zarazy morowéj, powiem tylko, że sądząc z raportów nadesłanych przez miejscowych lekarzy, odrazu wypadało zadecydować o istnieniu w „Irak Arabi“ epidemii zarazy dymieniczn éj wschodniéj (po arabsku „Taun“). Bardzo groźne jéj przypady, jak dymienice szybko przechodzące w zgorzelinę, krwawe wymioty i moczenie i krwotoki z innych narządów, zabijały dotkniętych po 6, 10, 20 lub 48 godzinach, wyjątkowo tylko ułaskawiając nieszczęśliwych chorych. Zaraza z tak gwałtowną szerzyła się siłą, że swemi ofiarami w ciągu jednego dnia mogłaby wypełnić znaczną część mitologicznego Acheronu! Zaraźliwość jéj była téż przerażającą. Mieszkańcy jednego domu dotknięci zarazą umierali w stosunku 4:5. Sprawdzono zaś, że zaraza szerzyła się ze wsi do wsi, z namiotu pod namiot, jedynie tylko w następstwie przybywania do miejscowości zdrowych osób, pochodzących z okolic zakażonych. Słowem przeszłoroczna zaraza w „Irak-Arabi“ uderzała jakby piorunem, nikogo nie oszczędzając. A co do gwałtownéj i wyjątkowo szybkiéj śmiertelności przyrównać ją można do epidemij wieku XIVgo i pomimo że przestrzeń, w któréj grasowała, była dość ograniczoną, niemniéj zatrwożyła ona tak okolicę miejsc dotkniętych, jak i miejsca bardziéj oddalone. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 października do 4 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 21,4 (20,5 z. t.). Umarło z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 1 ospicy, 1 płonicy, 3 błonicy. W tygodniu od 22—28 października leczyło się na ospę w londyńskich szpitalach 79, świeżo zapadło 9, umarło 3. W Wiedniu umarło z ospy 1, w Paryżu 3, w Roterdamie 4, w Warszawie 10, w Granadzie 16, w Petersburgu 17, w Madrasie 23. W Rio de Janeiro panuje gwałtowna ospa, z któréj umarło od 16—30 września 82. Dur brzuszny złagodniał w Paryżu. Umarło 173 (244 z. t.); leczyło się w szpitalach 2175. Dur plamisty pojawia się sporadycznie w Petersburgu, Mur-Maladze i Madrycie. W San Francisco umarło 2 z chocyi, lery w pierwszym tygodniu października.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22 —28 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 20,5; we Lwowie 38,9; w Poznaniu 39,4; w Wiedniu 21,7; w Budapeszcie 24,6; w Pradze 28,9; w Tryjeście 24,5; w Berlinie 23,2; w Wrocławiu 28,3; w Gdańsku 24,6; w Mnichowie 24,5; w Dreźnie 21,0; w Lipsku 20,3; w Bazylei 13,0; w Brukseli 17,6; w Amsterdamie 23,4; w Hadze 21,9, w Paryżu 25,0; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 17,9; w Stokholmie 18.5; w Chrystyjanii 14,1; w Petersburgu 30,3; w Odesie 33,3; w Rzymie 20,3; w Wenecyi 19.2; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 35,8; w Lizbonie 22.0; w Aleksandryi 44,6; w Nowym Yorku 23,9; w Filadelfii 20,4; w Rio de Janeiro 44,3, w Bombayu 27,2; w Madrasie 34,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 listopada. Egzamin uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia w pierwszych dniach b. m. złożyli pp. Drowie Czesznák ze Lwowa i Wyszatycki z Mościsk.

* Dr. Horbaczewski otrzymał od słynnego chemika, prof. Bayera w Monachijum, list z powinszowaniem odkrycia syntezy kw. moczowego.

* Z ubolewaniem dowiadujemy się o nagłém zasłabnięciu czcigodnego prof. Szokalskiego. Z tego powodu, jak donosi *Medycyna*, odłożono uroczystość uczczenia jego zasług, która miała odbyć się d. 14 b. m.

* Towarzystwo lekarzów czeskich przesłało na ręce kol. Dra Kwaśnickiego podziękowanie dla niego, jako autora sprawozdania o Zjeździe czeskim, oraz dla lekarzów krakowskich z powodu przesłania 300 egzemplarzy wspomnionego sprawozdania.

* Donosi nam kol. Dr. Zawadziński, że c. k. Namiestnictwo reskryptem z d. 26 października zgodnie z wnioskiem Rady zdrowia zezwoliło na otwarcie apteki publicznéj w Krościenku nad Dunajcem (w powiecie Nowotarskim). Koledzy w Szczawnicy praktykujący wiadomość tę zapewne przyjmą z zadowoleniem.

* W mieście Baranowie, w Rzeszowskiém, opróżniona jest posada lekarza miejskiego, połączona z płacą stałą 400 zła., oraz innemi dochodami i wolną praktyką. Informacyj udziela aptekarz tameczny.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarzy dolnoaustryjackich, w d. 8 b. m. odbytém, oświadczył Dr. Gauster, że Statut kasy emerytalnéj Związku stowarzyszeń lekarskich rakuskich uzyskał sankcyję rządową. Według statutu tego każdy członek, należący przez lat 25 do Stowarzyszenia ma prawo do pobierania renty rocznéj jako emerytury; członkowie zaś, którzy przez krótszy przeciąg czasu do stowarzyszenia należeli a stali się niezdolnymi do pracy zawodowéj, otrzymają mniejszą rentę roczną. Również uzyskał sankcyję rządową uchwalony na ostatniém ogólném zgromadzeniu w Gracu Zakład celem wspierania wdów i sierót po lekarzach do Związku należących. Na témże posiedzeniu uchwalono zaniechać dalszego wydawnictwa pisma *Mittheilungen des Vereines der Aerzte in N. Oe.*, a natomiast członkowie otrzymywać będą pismo: *Oestr. ärztl. Vereinszeitung.*

* Rozprawa nad jodoformem, zapowiedziana od dawna w Tow. lekarskiém, spełzła prawie na niczém, z powodu, że mało kto z licznych członków obecnych na posiedzeniu zabrał głos, tak, że przewodniczący groził zamknięciem obrad; po ponownéem dopiero wezwaniu znalazł się jeden mowca, który dla ocalenia honoru Towarzystwa przemówił, ale i on tłumaczył się, że nie jest przygotowany.

* Prosektorem w szpitalu Rudolfa mianowany został ostatecznie docent prywatny i lekarz pułkowy Dr. Weichselbaum.

* **Berlin**. Virchow zasłabł na zapalenie ostre nerek, ale choroba przebiega pomyślnie.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarzami batalijonowymi z rangą lekarzy pułkowych 2giéj klasy mianowani zostali: Dr. Fryderyk Semetkowski w Gracu, Dr. Henryk Blumenfeld przy batalijonie w Wiener Neustadt, Dr. Stanisław Sołtysik w Brodach, Dr. Maurycy Bobek w Żółkwi, Dr. Mieczysław Kramarzyński w Kolbuszowy i Dr. Karol Krejczy w Złoczowie; lekarzami batalijonowymi z rangą lekarzy starszych Drowie: Jan Kończowicz w Wadowicach, Robert Ofner

w Stryju i Ignacy Obłoczyński w Samborze; wreszcie lekarzem asystentem z rangą porucznika dotychczasowy podoficer Dr. wszech nauk lekarskich Leon Jabłiński w Kolbuszowy.

* **Nekrologija.** Dr. Jerzy Critchett, znakomity okulista angielski, umarł d. 1 bm. ze zwyrodnienia nerek. Urodzony w r. 1817, po ukończeniu nauk lekarskich był asystentem profesora anatomii, a późniéj asystentem chirurgicznym, jednak zasłynął dopiero jako lekarz w *Moorfields Eye Hospital*; był on śmiałym operatorem, a praktyka zawdzięcza mu kilka rękoczynów przez niego obmyślanych, jak podwiązanie tęczówki, szew po operacyi groniaka, nowy sposób wydobywania zaćmy.

D. 6 bm umarł w Algierze Dr. Edward Landowski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 45: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurg. U. J. za rok 188½ (c. d.); Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Jasińskiego: Przewlekłe ropnie okostnéj, próchnienie trzonu kręgowego; Pawińskiego: Przyczynek do nauki o powstawaniu znaczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca (c. d.); Minkiewicza: Choroby przyrządu wzrokowego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie): O wycinaniu odźwiernika, Kraków 1882, z 2 tabl. (Osobne odbicie z *Przegl. Lek.*)

Prof. MIKULICZ: O wpływie chirurgii nowoczesnéj na kształcenie uczniów w klinice chirurgicznéj. (Osobne odbicie z *Przegl. Lek.*)

Dr. OBALIŃSKI: Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki. (Odbicie z *Przegl. Lek.*)

Tenże: Kritische Bemerkungen zu zwei günstig verlaufenen Fällen von Schädeltrepanation. (Odbicie z *W. med. Woch.* 1882, Nr. 44).

Dr. WIENER: Das öffentl. Gesundheitswesen in allg. Umrissen u. m. kurzer Bezugnahme auf den Kreis Culm. (Odbicie z *Viertelj. f. ger. Med.* 1882) in 8vo str. 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 11 Października rb. L. 48457 wydanego w skutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 30 Wrześn a rb., rozpisuje się konkurs na posadę Prymaryjusza oddziału chirurgicznego przy naszym szpitalu.

Posada ta jest stałą, do któréj przywiązaną płaca rocznie 1.200 złr. w. a., z prawem podwyższenia jéj o 200 złr. w. a. po upływie każdych pięciu lat zadowalającéj służby.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii, lub wszech nauk lekarskich, na jednéj z Wszechnic państwa austryjackiego, jak niemniéj praktykę szpitalną w dziale chorób chirurgicznych.

3) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy najdaléj do końca Listopada rb. na ręce Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie, bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeśli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Lwów dnia 17 Października 1882 r.

Dr. Głowacki.



Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.